

“Año del dialogo y la reconciliación nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**PERFIL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL CENTRO DE SALUD
DE CHILCA – JUNIN - 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PRESENTADO POR:
OBSTETRA JUAN NICEAS MARTINEZ TABOADA

HUANCAMELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 28 días del mes de enero a las 16:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

MARTINEZ TABOADA JUAN NICEAS

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Mg. Rossibel Juana Muñoz De La Torre

Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico López

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

PERFIL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA - JUNIN - 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

MARTINEZ TABOADA JUAN NICEAS

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 052-2019 concluyendo a las 17:00 horas.

Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 28 de enero 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Mg. Tula S. Guerra Olivares
PRESIDENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E P. OBSTETRICIA

Mg. Rossibel Juana Muñoz de la Torre
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
P.S.E. OBSTETRICIA

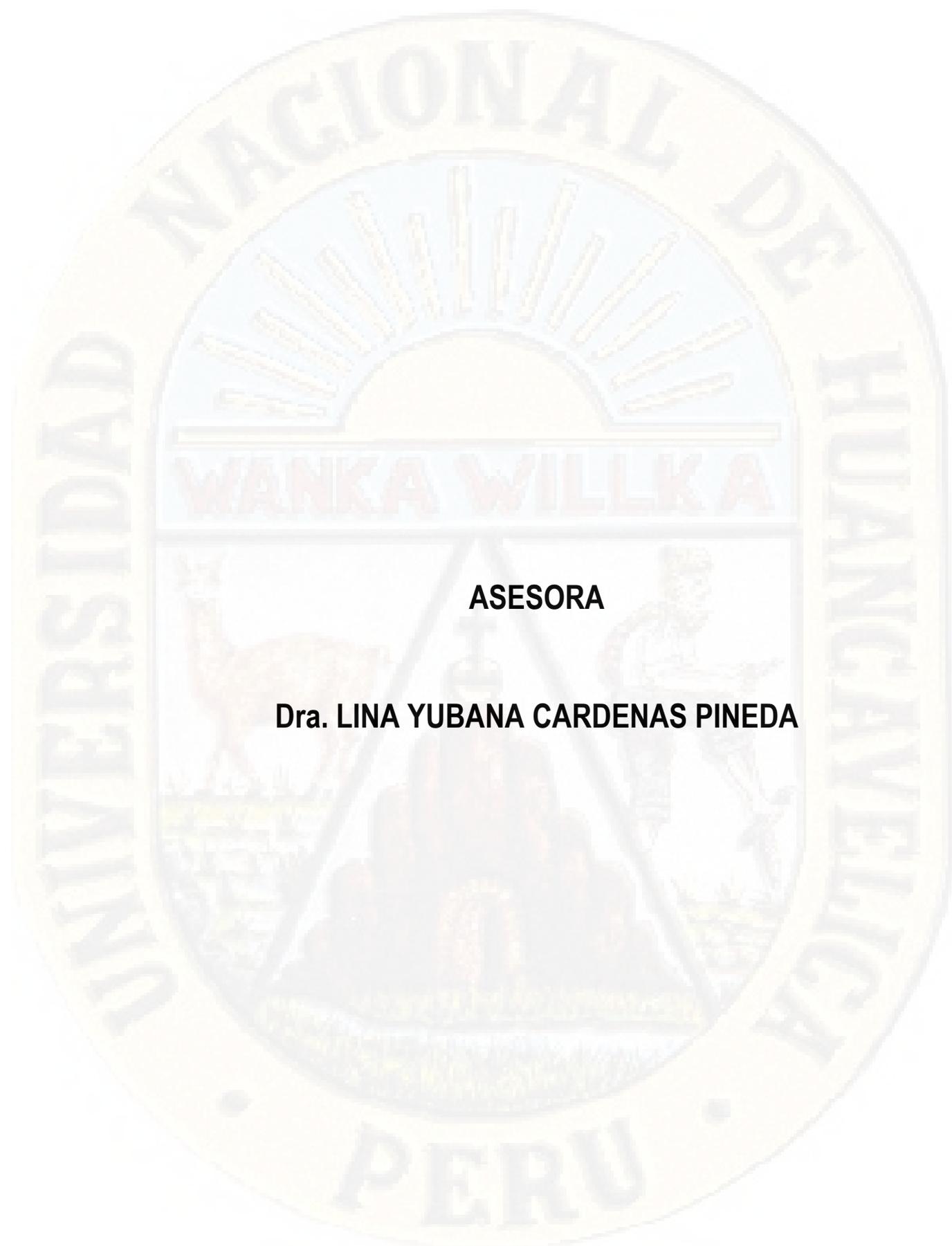
Obsta. Ada Lizbeth Larico López



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
VºBº COORDINACIÓN
Mg. Tula Susana Guerra Olivares
DECANA

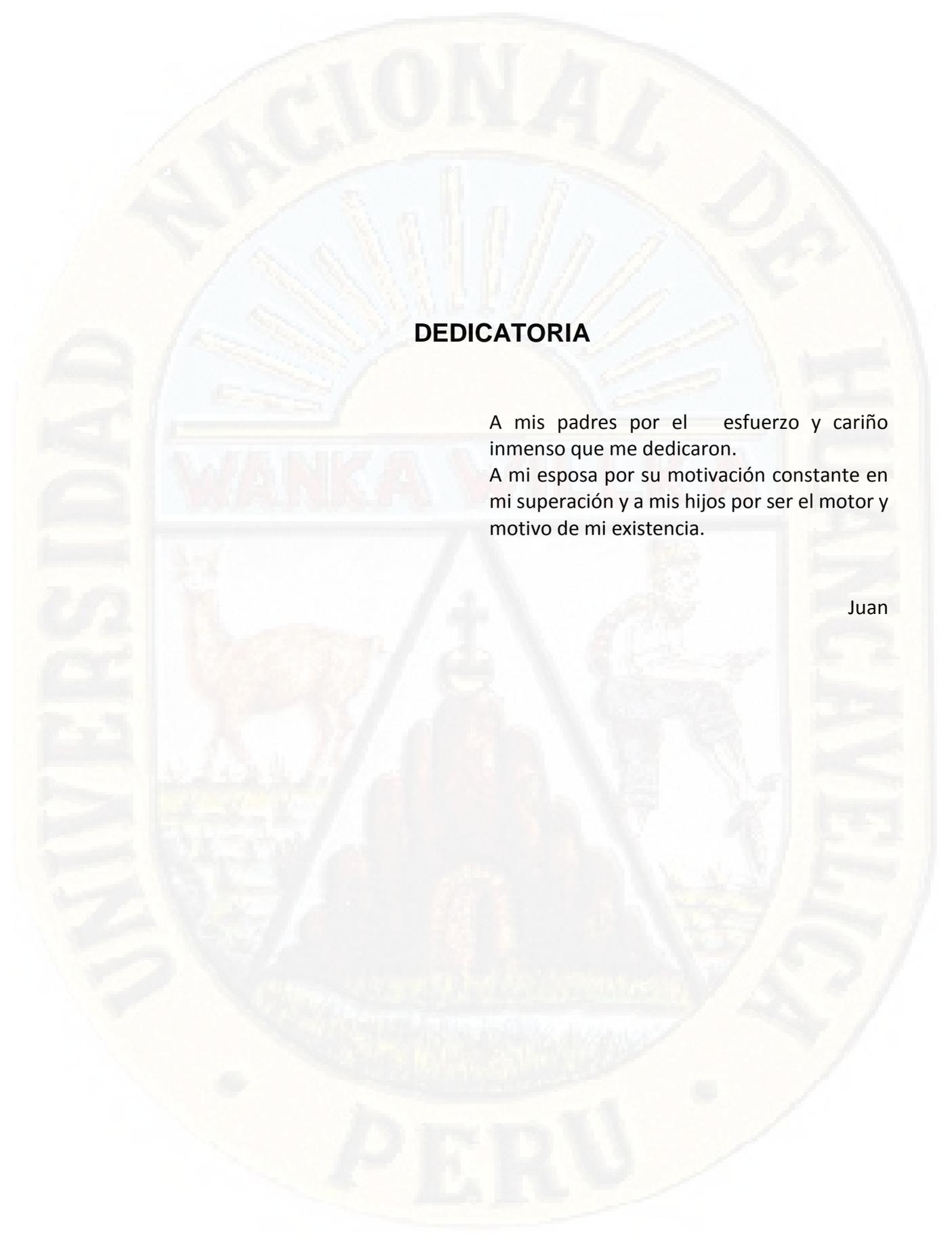


Dña. Gabriela Ordoñez Coor.
COP 27047



ASESORA

Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

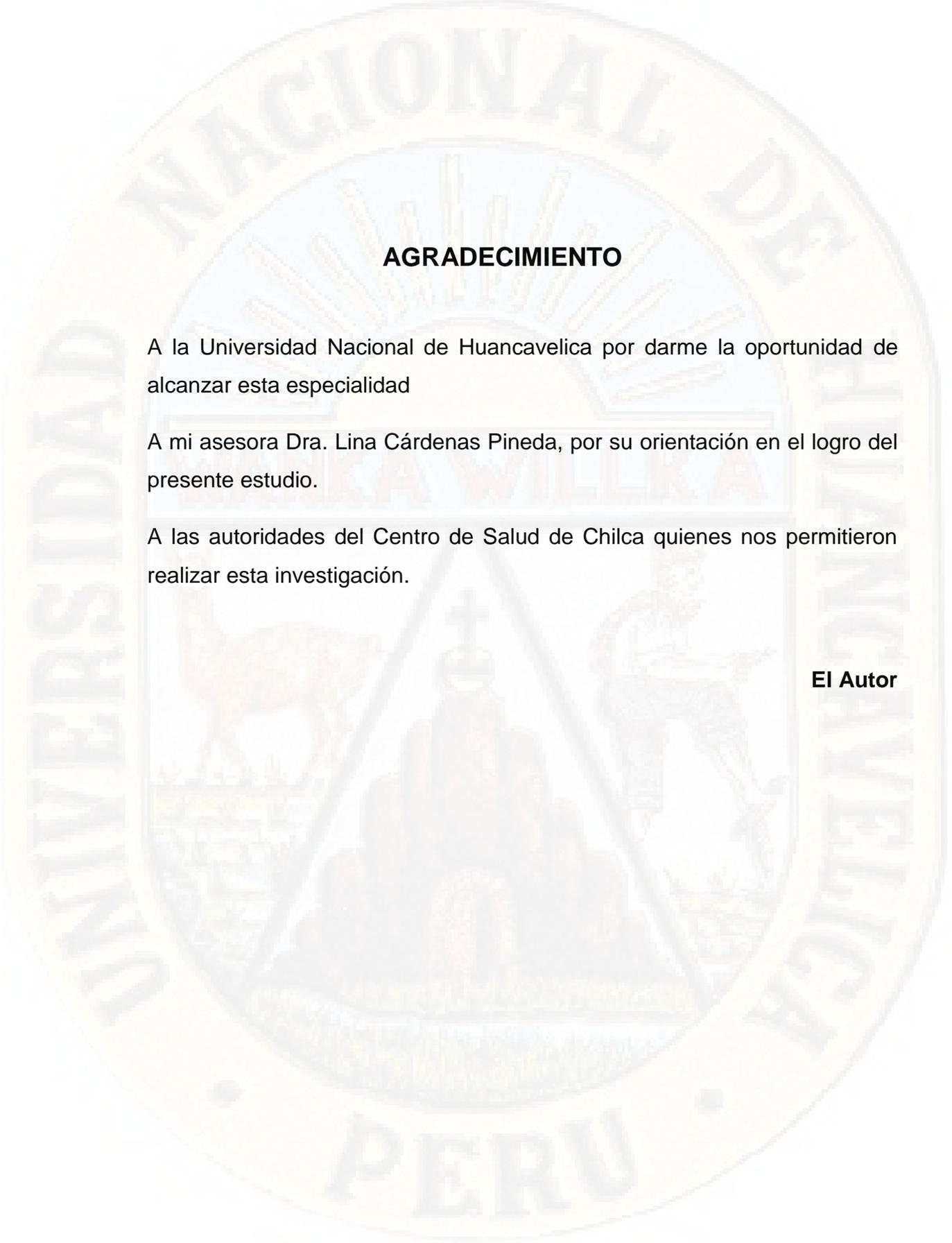


DEDICATORIA

A mis padres por el — esfuerzo y cariño inmenso que me dedicaron.

A mi esposa por su motivación constante en mi superación y a mis hijos por ser el motor y motivo de mi existencia.

Juan



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de alcanzar esta especialidad

A mi asesora Dra. Lina Cárdenas Pineda, por su orientación en el logro del presente estudio.

A las autoridades del Centro de Salud de Chilca quienes nos permitieron realizar esta investigación.

El Autor

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.5 LIMITACIONES.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 BASES TEÓRICAS.....	18
2.3 HIPÓTESIS.....	29
2.4 VARIABLE DE ESTUDIO.....	29
2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	AMBITO DE ESTUDIO	30
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.4	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.5	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	31
3.6	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	32
3.7	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.8	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.9	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	34
4.2	DISCUSIÓN	40
	CONCLUSIONES	43
	RECOMENDACIONES.....	44
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
	ANEXOS.....	48

A: Matriz de consistencia

B: Ficha de recolección de datos

C: Solicitud de aplicación del instrumento

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017	35
Tabla N° 02: Perfil obstétrico de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017	36
Tabla N° 03: Diez primeras complicaciones del embarazo y parto atendidas en el servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017	37
Tabla N° 04: Momentos del proceso reproductivo en que ocurren las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017	38
Tabla N° 05: Procedencia de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.	39

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017. **Metodología** estudio descriptivo simple – retrospectivo; en una población de 349 y por muestreo aleatorio simple se determinó como muestra a 184, la técnica empleada fue revisión documentaria, los datos se analizaron con la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2010. **Resultados** el perfil sociodemográfico y obstétrico de las usuarias del servicio de emergencia obstétricas es, edad entre 20 a 34 años (70.65%), grado de instrucción básica: primaria 44.02% y secundaria 50.54%, el 58.15% proceden de zona rural y la mayoría son convivientes 77.72%; el perfil obstétrico reporta que la mayoría tiene de 1 a 2 embarazos incluido el actual que representa el 47.83% y 30.98% respectivamente, menos de la mitad tienen de 1 a 2 hijos vivos que corresponde al 29.89% y 13.04%. Las diez primeras complicaciones identificadas en orden de prelación son: preeclampsia 21.74%, ruptura prematura de membranas 10.33%, desproporción céfalo pélvica 9.78%, complicaciones del trabajo de parto 9.78%, abortos 8.70%, hemorragia posparto 8.15%, hemorragias del tercer trimestre 7.61%, sufrimiento fetal agudo 5.98%, amenaza de parto pretérmino 4.89%, cesareada anterior en trabajo de parto 4,35%. El 66.30% de las complicaciones ocurren entre las 37 a 40 semanas del embarazo, en el puerperio es poco y se presenta dentro de las primeras 24 horas. El 65.76% de las emergencias proceden de establecimientos de menor categoría y se trasladan en transporte particular 66.85%. **Conclusiones** el perfil de las usuarias es: se encuentran en edad reproductiva, tienen grado de instrucción básica, proceden de zona rural y son convivientes, tiene de 1 a 2 embarazos, las complicaciones difieren en relación a otros estudios, se presentan en el embarazo entre las 37 – 40 semanas, el centro de salud es un centro referencial, el traslado del paciente es con transporte particular.

Palabras claves: emergencias obstétricas, perfil de usuarias.

ABSTRACT

Objective: To determine the profile of the obstetric emergencies attended in the Health Center of Chilca - Huancayo during the year 2017. **Methodology** simple descriptive study - retrospective; in a population of 349 and by simple random sample was determined as sample to 184, the technique used was documentary review, the data were analyzed with the Microsoft Office Excel 2010 spreadsheet. **Results** the sociodemographic and obstetric profile of the users of the service of obstetric emergency is, age between 20 to 34 years old (70.65%), basic education grade: primary 44.02% and secondary 50.54%, 58.15% come from rural areas and the majority are cohabitants 77.72%; the obstetric profile reports that the majority has 1 to 2 pregnancies, including the current one, which represents 47.83% and 30.98% respectively, less than half have 1 to 2 live children, corresponding to 29.89% and 13.04%. The first ten complications identified in order of priority are: preeclampsia 21.74%, premature rupture of membranes 10.33%, cephalopelvic disproportion 9.78%, complications of labor 9.78%, abortions 8.70%, postpartum hemorrhage 8.15%, hemorrhages of the third trimester 7.61 %, acute fetal distress 5.98%, threat of preterm delivery 4.89%, previous cessation in labor 4.35%. 66.30% of complications occur between 37 to 40 weeks of pregnancy, in the puerperium is little and occurs within the first 24 hours. 65.76% of the emergencies come from establishments of lower category and are transported by private transport 66.85%. Conclusions the profile of the users is: they are of reproductive age, they have a basic level of education, they come from rural areas and they are cohabiting, they have 1 to 2 pregnancies, the complications differ in relation to other studies, they occur in pregnancy between 37 - 40 weeks, the health center is a reference center, the transfer of the patient is with private transport

Keywords: obstetric emergencies, user profile.

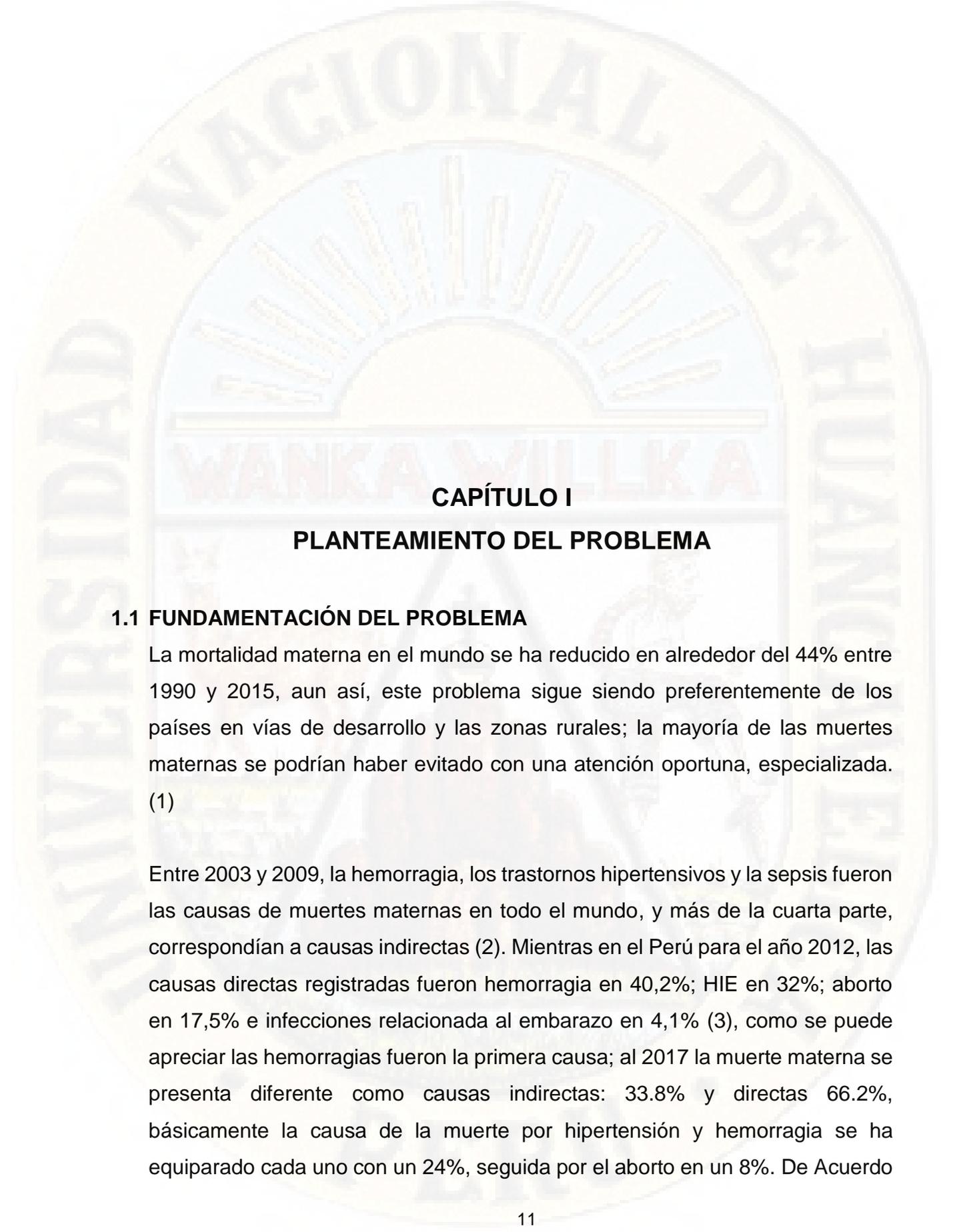
INTRODUCCIÓN

El proceso reproductivo, si bien es cierto es fisiológico, no está exenta de sufrir complicaciones provenientes de la salud de la madre o propias del embarazo, parto y puerperio, por la constitución biológica y psicológica con que inicia y transcurre durante el proceso. La principal causa de las complicaciones de un tiempo a esta parte ha ido cambiando tal es el caso que hasta antes del 2015 las hemorragias ocupaban el primer lugar, al 2017 son las enfermedades hipertensión del embarazo quienes han tomado la batuta, como se ha encontrado en la presente investigación. Es necesario que el servicio de salud esté preparado para responder a las necesidades de la población, lo cual requiere de planificar y actuar de acuerdo al perfil del contexto social, ambiental donde se interactúa; para poder conocer el contexto se requiere revisar lo que se hace, por ello en esta oportunidad se ha observado el perfil sociodemográfico y obstétrico de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas, con el objetivo de determinar el perfil de las emergencias obstétricas, en el que se revisó el perfil sociodemográfico, obstétrico, las diez primeras causas de la emergencia, momento del proceso reproductivo en el que se presenta más estas complicaciones, de donde proceden las pacientes y como se trasladan hasta el establecimiento; tópicos importantes para plantear mejoras en el servicio.

El informe está constituido por cuatro capítulos: Capítulo I: Planteamiento del Problema, Capítulo II: Marco teórico; Capítulo III metodología de la investigación, Capítulo IV: Resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones.

Esperemos que esta investigación sirva a los gestores y decisores del sector para poder plantear alternativas con base científica y bien informada.

El autor

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem in the background. It features a sun with rays rising over a horizon, with the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' around the top and 'WANKA WILKA' below the sun. The sun and text are in a light blue color, while the background of the emblem is a pale yellow.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La mortalidad materna en el mundo se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015, aun así, este problema sigue siendo preferentemente de los países en vías de desarrollo y las zonas rurales; la mayoría de las muertes maternas se podrían haber evitado con una atención oportuna, especializada.

(1)

Entre 2003 y 2009, la hemorragia, los trastornos hipertensivos y la sepsis fueron las causas de muertes maternas en todo el mundo, y más de la cuarta parte, correspondían a causas indirectas (2). Mientras en el Perú para el año 2012, las causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1% (3), como se puede apreciar las hemorragias fueron la primera causa; al 2017 la muerte materna se presenta diferente como causas indirectas: 33.8% y directas 66.2%, básicamente la causa de la muerte por hipertensión y hemorragia se ha equiparado cada uno con un 24%, seguida por el aborto en un 8%. De Acuerdo

a la edad el 63.1% ha ocurrido entre los 20 – 35 años, y en mayores de 35 años 21.2%, y en adolescentes 15.6% (4). En el departamento de Junín se realizó un estudio de las muertes ocurridas en el hospital El Carmen de Huancayo, al que refiere sus pacientes el Centro de Salud de Chica; en este se observó el tiempo de referencia asociado a la causa de mortalidad materna, en el, encontraron que la mortalidad materna tuvo una tendencia creciente del 2009 (dos muertes maternas) al 2015 (siete muertes maternas) (5).

El Perú, está muy comprometido con la disminución de la mortalidad materna, en el que se ha empleado diversas estrategias, desde la reducción de la natalidad, disminución de los cuatro momentos de demora en la atención, hasta mejorar todos los procesos de atención de las emergencias obstétricas. La emergencia obstétrica requiere de una atención oportuna y de calidad para mejorar las secuelas mórbidas que puede dejar el padecimiento de esta en las madres, mermando su rendimiento en sus actividades cotidianas. Para ello es necesario que los establecimientos de salud estén implementados de acuerdo al perfil epidemiológico que mayormente atienden.

Considerando la elevada demanda de los servicios de obstetricia en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo, se hace necesaria conocer el perfil de las emergencias que se atiende, con el objetivo de mejorar y condicionar los servicios de acuerdo a la demanda. Frente a todo ello nos hacemos la siguiente pregunta:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca de Huancayo durante el año 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca- Huancayo durante el año 2017.
2. Identificar el perfil obstétrico de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.
3. Identificar las diez primeras complicaciones del embarazo y parto que presentan las gestantes que acuden a emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.
4. Analizar la procedencia y el medio de transporte usado para acudir al servicio de emergencias obstétricas del Centro de salud de Chilca – Huancayo durante el año 2017.
5. Determinar los momentos más críticos del proceso reproductivo en que ocurren las emergencias obstétricas.

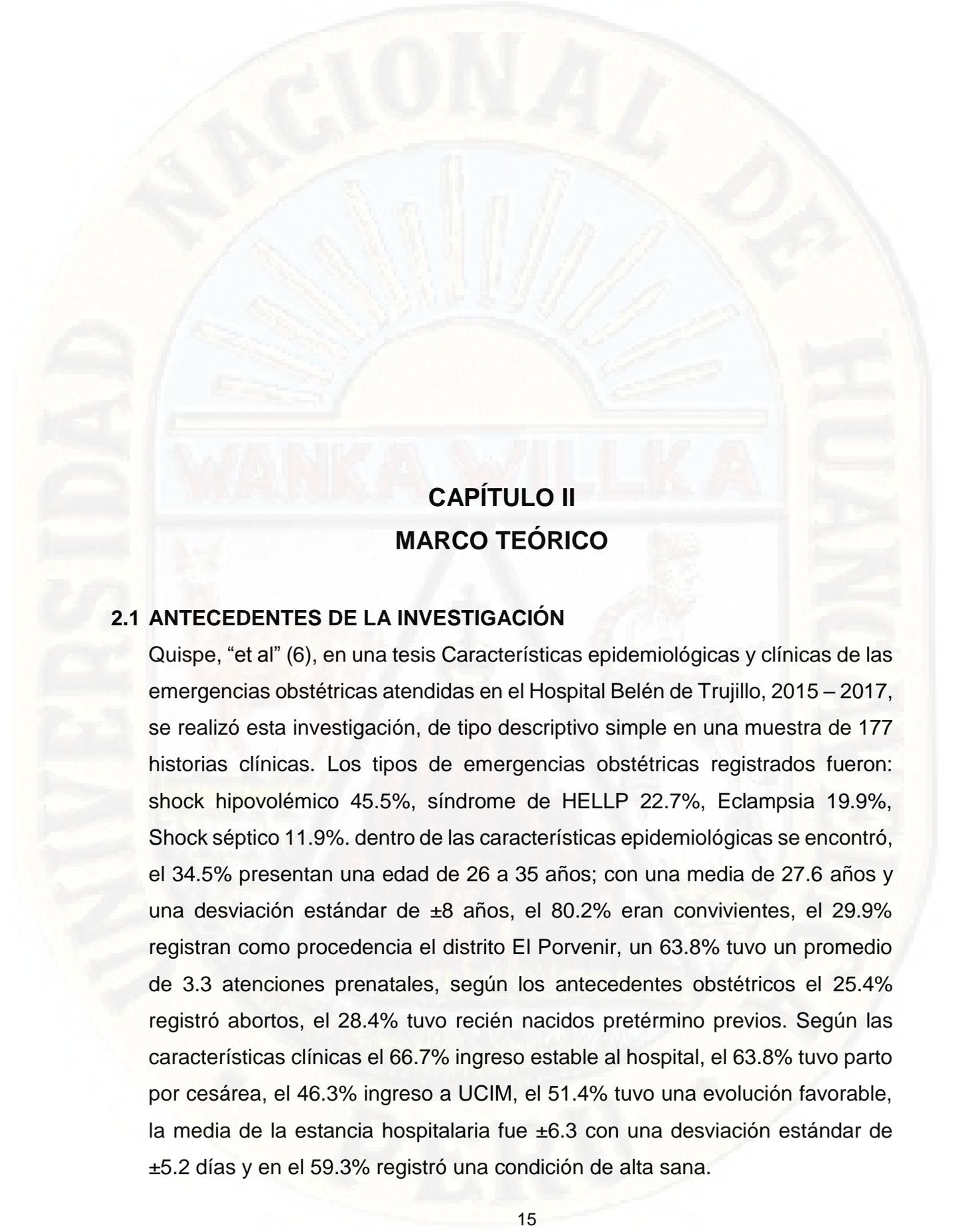
1.4 JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es un episodio muy nefasto para la sociedad, y por lo tanto un mal indicador de desarrollo. Por ello el Perú despliega esfuerzos del sector salud para mitigar y disminuir el problema, al que todos debemos contribuir desde nuestras competencias, por ello se pretende revisar el perfil de las emergencias obstétricas en nuestro establecimiento; ya que conocer ello, nos ayudará a estar mejor preparados en todos los recursos para brindar una atención oportuna y de calidad.

Académicamente es necesario revisar periódicamente el medio en el que nos desenvolvemos y a quienes servimos, como parte de la mejora continua y desde esta base podría desprenderse muchos estudios, más específicos.

1.5 LIMITACIONES

Al ser un estudio retrospectivo, los datos se extrajeron de fuentes secundarias el que limita tener una observación fidedigna, tal como sucedieron los hechos. Los resultados solo pueden extrapolarse a las usuarias del establecimiento.

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem in the background. It features a sun with rays rising over a horizon, with the text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' and 'WANKA WILKA' integrated into the design.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Quispe, “et al” (6), en una tesis Características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2015 – 2017, se realizó esta investigación, de tipo descriptivo simple en una muestra de 177 historias clínicas. Los tipos de emergencias obstétricas registrados fueron: shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9%. dentro de las características epidemiológicas se encontró, el 34.5% presentan una edad de 26 a 35 años; con una media de 27.6 años y una desviación estándar de ± 8 años, el 80.2% eran convivientes, el 29.9% registran como procedencia el distrito El Porvenir, un 63.8% tuvo un promedio de 3.3 atenciones prenatales, según los antecedentes obstétricos el 25.4% registró abortos, el 28.4% tuvo recién nacidos pretérmino previos. Según las características clínicas el 66.7% ingreso estable al hospital, el 63.8% tuvo parto por cesárea, el 46.3% ingreso a UCIM, el 51.4% tuvo una evolución favorable, la media de la estancia hospitalaria fue ± 6.3 con una desviación estándar de ± 5.2 días y en el 59.3% registró una condición de alta sana.

García (7). Con el objetivo de estudiar la prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014, se llevó a cabo un estudio descriptivo en el que revisó 110 casos de mujeres con complicaciones puerperales atendidas en el hospital de Boaco. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones puerperales (30%), seguido del sangrado postparto (22%).

Huamaní (8). En su tesis titulada “Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015”. Este estudio fue de tipo aplicado; nivel descriptivo, de corte transversal. Se evaluó 207 referencias; en el que reporta que la primera causa de referencia fueron las hemorragias (32,7%). Dentro de los datos que se registran incorrectamente con mayor frecuencia son: antecedentes importantes (63,8%), registro de exámenes auxiliares (43,5%), código CIE X (57,0%), registro del estado que llega la paciente al Hospital Regional de Cajamarca (41,1%) y casi en la totalidad no se registra el monitoreo de funciones vitales (94,7%) y monitoreo obstétrico (92,8%). Se concluye que el mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca son regulares (77,8%) e inadecuadas (13,5%).

Montes (9). En su tesis, Referencias obstétricas de emergencia en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de Comas durante los meses de mayo – julio del año 2017, en un estudio descriptivo retrospectivo, se arribó a los siguientes resultados, El promedio de edad de las pacientes fue de 26 años, en promedio las gestantes acudieron a 4 controles de atención prenatal, las principales causas de referencia fueron: hipertensión del embarazo en un 34%, por lo cual debe considerarse realizar un diagnóstico precoz de esta patología.

Cardozo, “et al” (10). En su tesis, Complicaciones obstétricas y morbilidad obstétrica en gestantes en el servicio de gineco-obstetricia de un hospital en la ciudad de Lambayeque, realizaron un estudio retrospectivo, transversal analítico, observacional en una muestra de 290 de una población de 1326; hallaron que 34,3% de las pacientes presento algún tipo de complicación durante su hospitalización, de las cuales 53,3 % fueron complicaciones hemorrágicas, 30 % distocias del trabajo de parto, complicaciones hipertensivas 13% y sepsis 4%.

Contreras (11), en su tesis, Principales patologías gineco obstetricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstetrica del HRHVM Huánuco abril- setiembre 2016, este estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en 1280 pacientes; el 22% fueron adolescentes, 64% entre 20 a 34 años y el 14% fueron mayores de 35 años, el 54% fueron convivientes, el grado de educación que predominó fue primaria 37% y el 57% secundaria, y el 61% proceden de zona rural, el 69% son amas de casa; en el tipo de paciente la mayoría fueron pacientes obstétricas 96%; con respecto al tratamiento: el 80% fueron hospitalizadas; el diagnostico de las atenciones realizadas fueron en un 26% trabajo de parto (a término y pre término), 23% cesareada anterior en trabajo de parto, 20% aborto incompleto, 5% pre eclampsia leve; el 96% de las emergencias tuvo patologías obstétricas.

Martínez (12), en su investigación Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. se llevó a cabo un estudio descriptivo en 110 casos. Entre los resultados se encontró que hubo un predominio de edades en riesgo, adolescentes y madres añosas, procedentes del área urbana, de bajo nivel escolar, casadas o en unión estable, y principalmente ama de casa. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones puerperales (30%), seguido del sangrado postparto (22%).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EMERGENCIAS

Se entiende por emergencia en salud a toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente (13).

2.2.2 CAUSAS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Las situaciones más frecuentes que amerita el uso del servicio de emergencias obstétricas son:

2.2.2.1 Hemorragias del embarazo y puerperal

a) Hemorragias durante el embarazo: son sangrados a consecuencia de diversas patologías que se presentan durante el embarazo, estos se dividen en: de la primera mitad del embarazo, y de la segunda mitad del embarazo, ambos pueden comprometer la salud de la gestante y del niño intraútero, si no se trata con prontitud, por ello se considera una atención de urgencia y emergencia.

Hemorragias de la primera mitad del embarazo, en ella se encuentran:

El aborto.

El embarazo ectópico.

La mola hidatiforme.

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo son causados por:

Placenta previa.

Desprendimiento de la placenta normo inserta.

Rotura uterina.

b) Hemorragia puerperal o post parto: es la pérdida de sangre por vía vaginal que lleva a la aparición de signos y síntomas producto de cambios hemodinámicos, que se manifiesta en síntomas como mareos, o signos de hipovolemia taquicardia, hipotensión, oliguria, disminución del 10% o más del hematocrito tomado en la admisión y/o 2.9 gr % en la Hb. La definición clásica de pérdida de 500ml en partos vaginales y 1000ml en partos por cesárea ha quedado en desuso, ya que cuantificar la pérdida es casi imposible (14) .

c) Epidemiología: A nivel mundial las hemorragias después del parto constituyen una de las causas principales de muerte materna⁹ y en el Perú el año 2015 fue la causa del 36.5% de muerte materna causadas por atonía uterina

Causas de la hemorragia puerperal

Las causas principales son: atonía uterina, desgarros del canal del parto, retención de placenta o restos, inversión uterina, alteraciones de la coagulación y rotura uterina.

La atonía uterina es la falta de contracción del útero, necesario para cerrar el lecho placentario después del desprendimiento y expulsión de la placenta, es la principal causa de hemorragia pos parto temprana en un 80%, se presenta en el 10% se los partos, en los países en vías de desarrollo.

Las causas de atonía son diversas las principales son:

- ❖ Sobre distensión uterina, causada por embarazo múltiple, polihidramnios, macrostomia fetal.
- ❖ Infección intrauterina.
- ❖ Medicamentos relajantes del útero.
- ❖ Agotamiento de la musculatura uterina después de un trabajo de parto prolongado o inducido.
- ❖ Inversión uterina.

- ❖ Retención placentaria.

Los factores que se relacionan son:

- ❖ Placenta previa.
- ❖ Antecedente de hemorragia posparto.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Multíparidad.
- ❖ Preeclampsia.

El Instituto Materno Perinatal de Lima en su guía de procedimientos obstétricos presenta el siguiente cuadro, muy didáctico que nos ilustra ampliamente sobre las causas y factores de cada una de las patologías que ocasionan un cuadro hemorrágico post parto (15).

2.2.2.2 Las Enfermedades Hipertensivas. – es la segunda causa de muerte materna y una de las principales en la morbilidad.

a) Factores de Riesgo:

Los factores asociados son diversos se clasifican en moderados en el que tenemos: primer embarazo, edades extremas < de 18 o ≥ 40 años, IMC ≥ 35 kg/m² en la primera consulta, embarazo múltiple y antecedentes familiares de preeclampsia. Dentro de los factores de alto riesgo tenemos: antecedente de trastornos hipertensivos en el anterior embarazo, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune como lupus o síndrome antifosfolípido, diabetes tipo 1 y 2 e hipertensión crónica.

b) Clasificación:

- ❖ Hipertensión gestacional: elevación de la presión arterial en ausencia de proteinuria en gestantes después de las 20 semanas, o diagnosticada por primera vez en el puerperio; éste diagnóstico es momentáneo: si la presión arterial vuelve a la normalidad antes de 12 semanas pos parto, se cataloga como hipertensión transitoria, y si

persiste después del tiempo indicado se cataloga como hipertensión crónica.

- ❖ Preeclampsia: trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria. En ausencia de proteinuria puede ser diagnosticada en asociación con trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar, disturbios cerebrales o visuales.

La preeclampsia se subclasifica en:

Preclampsia leve o sin criterio de severidad, gestante hipertensa que presenta una presión sistólica menor a 160 y diastólica menor a 110mmHg, con proteinuria cuantitativa de una + (ácido sulfosalicílico) o dos ++ (tira reactiva), o con proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 hrs y que presenta daño en otro órgano blanco.

Preclampsia severa o con criterio de severidad, aquella que está asociada a uno de los siguientes criterios críticos: presión sistólica \geq a 110 mm Hg, deterioro de la función hepática (concentración de enzimas hepáticas dos veces el valor normal, persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio que no se controla con medicamentos, trombocitopenia $< 100,000/\text{mm}^3$, creatinina $> 1,1$ mm/dl, edema pulmonar o trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.

- ❖ Hipertensión crónica: la hipertensión ha sido diagnosticada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, o no se controla pasada las 12 semanas del parto.
- ❖ Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada: pacientes con hipertensión crónica que después de las 20

semanas de gestación presentan proteinuria, elevación de 15 mm Hg de la presión diastólica o 30 mm Hg de la presión sistólica en relación a sus valores basales; y/o compromiso de órgano blanco producido por la preeclampsia.

a) Exámenes auxiliares

Se recomienda dos tipos: de patología clínica, en el que se considera hemograma, perfil de coagulación, (plaqueta, fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada) y lámina periférica; examen de orina: proteinuria (cualitativa y cuantitativa en 24 horas), cociente de proteína/creatinina urinaria; pruebas de función hepática: TGO, TGP, bilirrubina (totales y fraccionadas) y deshidrogenasa láctica; pruebas de función renal: creatinina, úrea y ácido úrico; pruebas de trombofilia en gestantes menos de 34 semanas si lo amerita. Pruebas de bienestar fetal: monitoreo electrónico fetal (tes no estresante y/o estresante de acuerdo al caso), de imagen (perfil biofísico y/o ecografía doppler).

En las diversas literaturas se ha encontrado recomendaciones, los cuales, en la guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia del Instituto Nacional Materno Perinatal, ha dado su calificación de acuerdo a las evidencias que sustentan, vale la pena mencionar a las que tienen evidencias moderadas y bajas:

- ❖ Usar sulfato de magnesio en gestantes con preeclampsia con condiciones severas, esta es una recomendación fuerte basada en evidencias de moderada calidad. En caso de emplear esta recomendación es importante contar

con protocolos de atención que especifiquen la dosis y la vía de administración por niveles de atención.

- ❖ Suplemento de calcio 1gr. Por día, para la reducción de riesgo de preeclampsia, recomendación de moderada calidad.
- ❖ Terminar el embarazo en gestantes con preeclampsia con condiciones severas en embarazos menores de 24ss, es una recomendación condicional.

Recomendaciones fuertes con baja evidencia:

- ❖ Conducta expectante por 6 días, en gestantes con preeclampsia con características severas entre las 24 a 33 semanas de embarazo, siempre en cuando la hipertensión esté controlada, no hay alteración de la funcionalidad de los órganos blancos, y no esté comprometido la salud del feto.
- ❖ Terminar el embarazo en preeclampsia con condiciones severas en gestantes de 34 a 36 semanas más 6 días.
- ❖ Terminar el embarazo en gestantes en preeclampsia con condiciones severas de más de 37ss.
- ❖ Usar sulfato de magnesio en lugar de fenitoina o diazepam en gestantes con eclampsia.
- ❖ Usar ácido acetilsalicico en gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia. Tener en cuenta que el inicio debe ser antes de los 16 semanas hasta las 24, en mujeres con alto grado de riesgo de desarrollar preeclampsia.
- ❖ Se recomienda reposo en cama en gestantes con hipertensión.

Complicaciones de la preeclampsia:

- ❖ Eclampsia
- ❖ Síndrome HELLP

- ❖ Anemia hemolítica microangiopática
- ❖ Rotura hepática
- ❖ Edema pulmonar
- ❖ CID
- ❖ Hemorragia cerebral, edema cerebral, amaurosis.
- ❖ Emergencia hipertensiva, encefalopatía hipertensiva, desprendimiento de retina y mortalidad materna.
- ❖ Criterios de referencia y contrareferencia.

Para el tercer nivel:

Administrar 10 gr. (cinco ampollas de 10 ml al 20%), de sulfato de magnesio con cloruro de sodio al nueve por mil (9/1000 cc), pasar 400 cc en 20 minutos y continuar a 30 gotas por minuto (equivalente a 100 cc por hora) hasta llegar al establecimiento de salud.

En establecimientos de salud que cuenten con volutrol se administrará 10 gr. (cinco ampollas de 10 ml al 20%) de sulfato de magnesio con 50 ml de cloruro de sodio al nueve por mil (9/1000 cc) pasar a 40 cc en 20 minutos y posteriormente 10 microgotas por minuto equivalente a 10 cc por hora.

Segunda vía en miembro colateral para hidratación con cloruro de sodio al 9/1000 cc, 500 cc en 20 minutos.

Colocar sonda Foley para controlar diuresis. (16)

2.2.2.3 Sepsis en obstetricia, son patologías que es causado por microorganismos exógenas o endógenas que dañan desde un parénquima hasta producirle la muerte, siempre en cuando no sea tratado. Todas las injurias producen alteraciones fisiopatológicas como: hipovolemia, alteración de la contractilidad cardiaca, hipoxia, sepsis, acidosis, anemia, alteraciones inmunológicas y endocrinas que hacen que se active la

respuesta inflamatoria del organismo como respuesta de protección y favorecen la aparición de edema tisular.

Causas:

- ❖ Endometritis post parto o post cerárea.
- ❖ Infección de herida operatoria.
- ❖ Retención de restos ovulares.
- ❖ Aborto.
- ❖ Coriamnionitis.
- ❖ Infección de vías urinarias.
- ❖ Pielonefritis.
- ❖ Óbito fetal.
- ❖ Aspiración pulmonar.
- ❖ Infección por catéter.
- ❖ Cuadro clínico.
- ❖ Hipertermia con escalofríos.
- ❖ Taquicardia.
- ❖ Hipotensión materna.
- ❖ Distrés respiratorio (17).

Sepsis en obstetricia, son patologías que es causado por microorganismos exógenas o endógenas que dañan desde un parénquima hasta producirle la muerte, siempre en cuando no sea tratado. Todas las injurias producen alteraciones fisiopatológicas como: hipovolemia, alteración de la contractilidad cardiaca,

2.2.2.4 Alteraciones del Trabajo de Parto: Son algunas eventualidades que se advierte durante el proceso de trabajo de parto, como:

a) Trabajo de Parto Prolongado: Es la detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las

12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. Esto puede deberse a una desproporción céfalo pélvica, mala presentación o situación fetal, uso de sedantes uterinos, ayuno prolongado, distocias cervicales y de contracción, que va llevar a la detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto, debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración todo ello tiene su origen en la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina, en unos casos por carencia de proteínas y/o calorías.

- b) Incompatibilidad Feto Pélvica: Es cuando existe desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal. Algunas veces puede deberse a malformaciones congénitas fetales. Desnutrición materna, macrostomia fetal, traumatismos o secuelas ortopédicas maternas, diabetes, esta desproporción no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es predecible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre.
- c) Parto Podálico.
- d) Parto de embarazo múltiple (18).

2.2.3 ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NORMA TÉCNICA.

Los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel y categoría prestan los servicios, en el caso del Centro de Salud de Chilca corresponde a una categoría I – 4, que de acuerdo a la NTS N° 021- MINSA/DGSP - V 03 de categorías de establecimientos de salud (13), las funciones que cumple se detalla en la tabla 01.

Estas complicaciones si no son manejados o tratados oportunamente pueden causar muerte materna, según la OMS (1) el 75% de las muertes maternas son causadas por: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.

Tabla 1. De las funciones del establecimiento de salud con categoría 1 – 4

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	FUNCIONES GENERALES	ACTIVIDADES	UPSS FARMACIA
CATEGORÍA I-4	Corresponde a: - Centro de salud con camas de internamiento - Centro médico con camas de internamiento	<p>a) Brindar atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad.</p> <p>b) Participar en las actividades de educación permanente en salud. Para la mejora del desempeño en servicio.</p> <p>c) Realizar la gestión del establecimiento y participar en la gestión local territorial</p> <p>d) Participar en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva</p> <p>e) Brindar apoyo técnico a los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria</p>	<p>UPSS Consulta Externa</p> <p>UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico)</p> <p>UPSS Farmacia</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de urgencias y emergencias - Referencia y contrareferencia - Desinfección y esterilización - Vigilancia epidemiológica - Salud ocupacional - Registro de Atención e información - Salud ambiental - Internamiento - Acciones de salud ambiental en la comunidad - Nutrición integral - Salud Familiar y Comunitaria - Atención de la gestante en el periodo de parto - Prevención y diagnóstico precoz del cáncer - Atención del recién nacido en el área de observación - Intervenciones de cirugía de consultorio externo - Ecografía - Radiología I - Rehabilitación basada en la comunidad. 	<p>UPSS FARMACIA</p> <p>Unidad básica organizada para dispensación, expendio, gestión de programación y almacenamiento especializado de PF, DM (con excepción de equipos biomédicos y de tecnología controlada) y PS que correspondan; así como farmacotecnia y farmacia clínica.</p> <p>Responsable: QF (mínimo 3 años)</p> <p>Capacidad resolutive: Realiza dispensación y expendio previa RUE de medicamentos de acuerdo al PNUME y aquellos fuera del PNUME con autorización del CF.</p> <p>Farmacia Clínica: Farmacovigilancia</p> <p>Farmacotecnia: diluciones y acondicionamiento de antisépticos y desinfectantes.</p>

Fuente: NTS N° 021- MINS/DGSP - V 03 de categorías de establecimientos de salud (13).

2.3 HIPÓTESIS

En la presente investigación no se vio por conveniente formular una hipótesis.

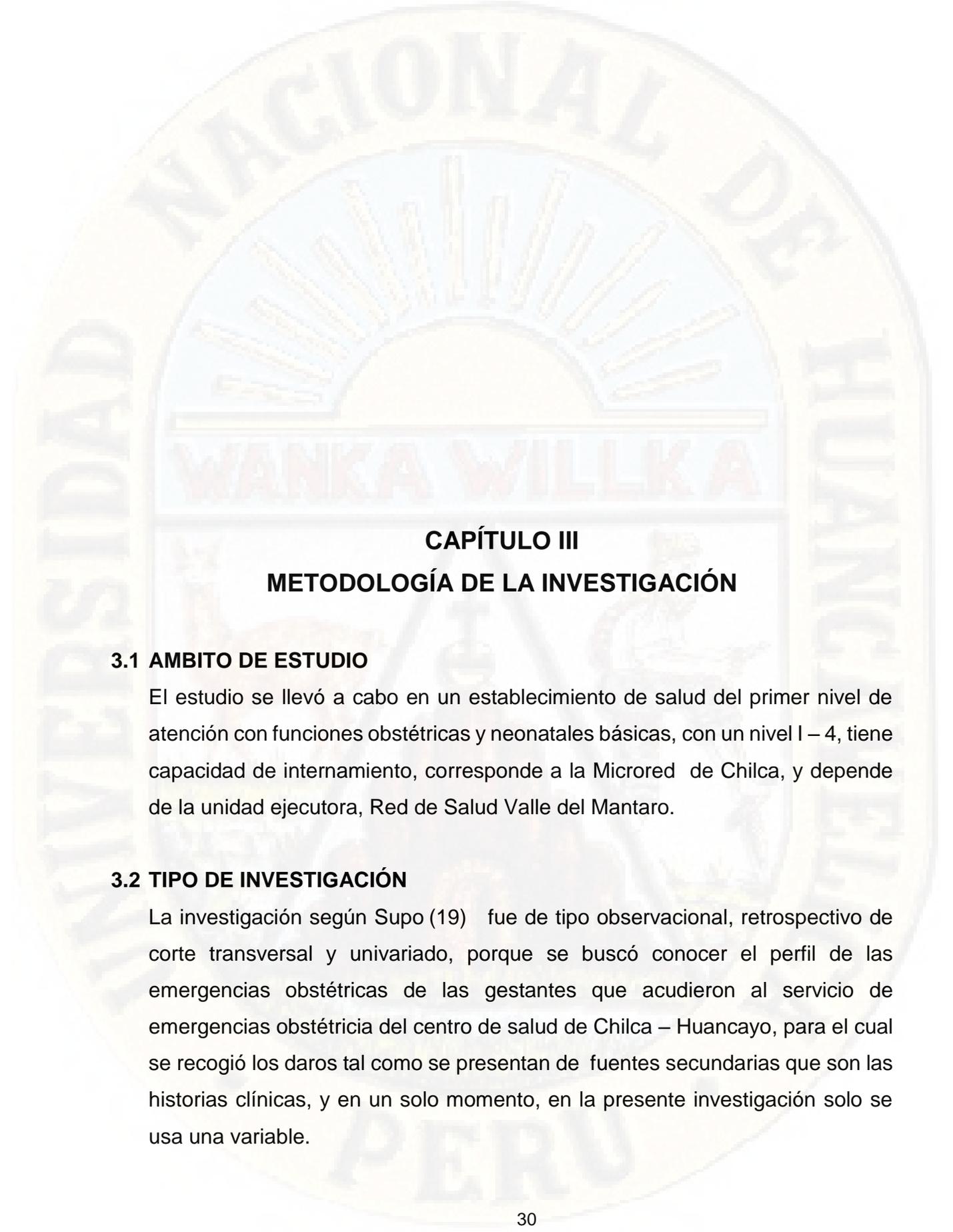
2.4 VARIABLE DE ESTUDIO

Perfil de las emergencias obstétricas.

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Emergencias Obstétricas. - condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y la salud de la madre y/o feto.

Perfil de las emergencias obstétricas. - Son los atributos, rasgos que poseen las mujeres que hicieron uso de la emergencia obstétrica del Centro de Salud.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en un establecimiento de salud del primer nivel de atención con funciones obstétricas y neonatales básicas, con un nivel I – 4, tiene capacidad de internamiento, corresponde a la Microred de Chilca, y depende de la unidad ejecutora, Red de Salud Valle del Mantaro.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación según Supo (19) fue de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal y univariado, porque se buscó conocer el perfil de las emergencias obstétricas de las gestantes que acudieron al servicio de emergencias obstétrica del centro de salud de Chilca – Huancayo, para el cual se recogió los datos tal como se presentan de fuentes secundarias que son las historias clínicas, y en un solo momento, en la presente investigación solo se usa una variable.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación según Hernández “et al” (20) es del nivel descriptivo simple, ya que se revisó cada uno de los registros de atención para determinar las características de las pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca – Huancayo, tal como se presentaron las cosas.

3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández “et al” (20) los métodos que se usaron fueron: desde una perspectiva general el método científico, y como método específico el deductivo, el cual nos ayudó identificar el perfil en el área social, obstétrica y algunos aspectos de la prestación del servicio.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según Sánchez “et al” (21), la investigación se basó en un diseño descriptivo simple retrospectivo, de corte trasversal y de una sola variable, ya que los datos se obtuvieron por medio de revisión documentaria de los registros del servicio de emergencias obstétricas y las historias clínicas, para el cual se analizó el registro de cada paciente que conformó la muestra.

El diseño responde al siguiente esquema:

M O

Donde:

M: muestra.

O: observación.

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estudiada estuvo constituida por todas las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud durante el año 2017, que fue de 349 pacientes atendidas en el servicio de emergencias obstétricas.

MUESTRA

Para obtener la muestra, se usó la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 N.P.Q}{Z^2 P.Q + (N-1) E^2}$$

Con él se calculó obteniendo una muestra de 184 usuarias.

MUESTREO

Para tomar como muestra de la población, se usó el muestreo aleatorio simple, donde de la relación de pacientes atendidos en la emergencia obstétrica se tomó en forma alternada, ya que la muestra representa el 52% (184) de la población (349).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para identificar las características de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas, se empleó una ficha de análisis documental, que nos servirá para recoger la información de acuerdo a la variable y sus dimensiones, la técnica propuesta es de revisión documental.

La información se recolectó con el consentimiento de las autoridades del establecimiento de salud.

Se tuvo mucho cuidado en el manejo de los datos en todos los procedimientos y procesos.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

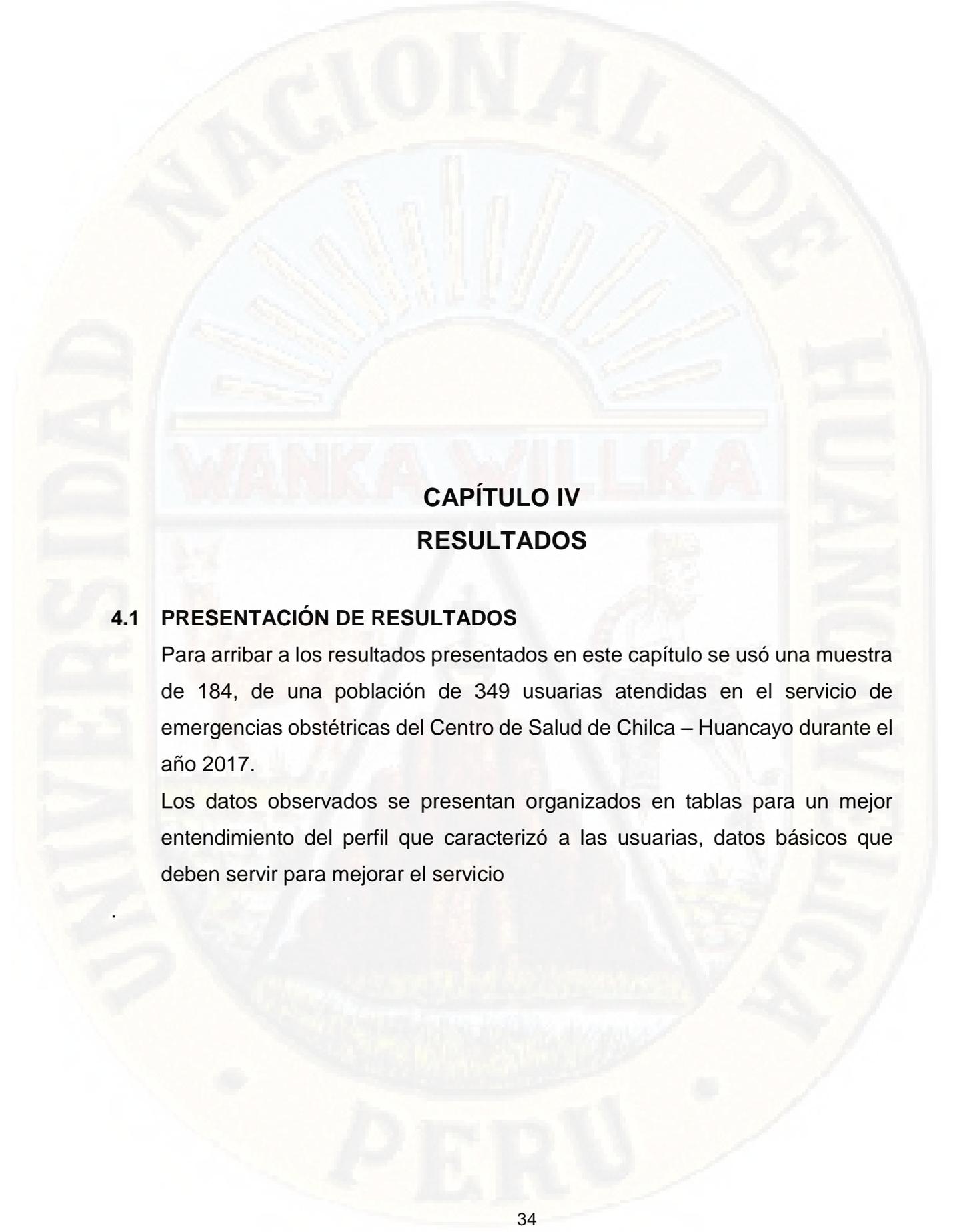
- a) Se solicitó autorización al establecimiento de salud.
- b) Se coordinó con los profesionales del servicio de emergencia
- c) Se procedió con la revisión del cuaderno de emergencia, hojas de referencia.
- d) Cada ficha pasó por control de calidad.
- e) Se tuvo mucho cuidado en el manejo de los datos en todos los procedimientos y procesos.
- f) Se respetó la confidencialidad, ya que en la ficha se manejó solo número de historia y código.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de una hoja de cálculo Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Para organizar los resultados se usó la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una entrada con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para arribar a los resultados presentados en este capítulo se usó una muestra de 184, de una población de 349 usuarias atendidas en el servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca – Huancayo durante el año 2017.

Los datos observados se presentan organizados en tablas para un mejor entendimiento del perfil que caracterizó a las usuarias, datos básicos que deben servir para mejorar el servicio

Tabla 01: Perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017

Perfil sociodemográfico	Emergencias atendidas	
	n=184	%
Edad		
≤ 15	3	1.63
16 - 19	23	12.50
20 – 34	130	70.65
≥ 35 a mas	28	15.22
Grado Instrucción		
Iletrada	0	0.00
Primaria	81	44.02
Secundaria	93	50.54
Superior / técnico	10	5.43
Lugar de procedencia		
Rural	107	58.15
Urbano	77	41.85
Estado civil		
Soltera	25	13.59
Conviviente	143	77.72
Casada	16	8.70

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Tabla 02: se observa que dentro del perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de Emergencias Obstétricas, la mayoría 70.65% están dentro de la edad reproductiva óptima, mientras en los extremos de la vida como la adolescencia se encontró un 14.13% y en mayores o iguales a 35 años 15.22%; los grados de instrucción que predomina entre las usuarias es el nivel de educación primaria 44.02% y secundaria 50.54%; el 58,15% proceden de la zona rural y el 41.85% de urbana, el estado civil que predominó es la conviviente.

Tabla 02: Perfil obstétrico de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017

Variable	n=184	%
Nº de embarazos		
1	88	47.83
2	57	30.98
3	22	11.96
4	8	4.35
5	5	2.72
6	4	2.17
Nº de hijos vivos		
0	87	47.28
1	55	29.89
2	24	13.04
3	9	4.89
4	5	2.72
5	4	2.17

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Tabla 03: el 47.83% de las usuarias tuvieron un solo embarazo y el 30.98% presentaba 2 embarazos incluido el actual, el 47.28% no consigna hijo vivo, el 29.89% reportó tener un hijo vivo y el 13.04% consigna tener dos hijos vivos.

Tabla 03: Diez primeras complicaciones del embarazo y parto atendidas en el servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.

PATOLOGIAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
PREECLAMPSIA	40	21.74
ROPTURA PREMATURA DE MENBRANAS	19	10.33
DESPROPORCIÓN CEFALO -PELVICA	18	9.78
COMPLICACIONES DEL PARTO	18	9.78
ABORTO	16	8.70
HEMORRAGIA POSPARTO	15	8.15
HEMORAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE	14	7.61
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	11	5.98
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	9	4.89
CESAREADA ANTERIOR EN TRABAJO DE PARTO	8	4.35
OTROS	16	8.70
TOTAL	184	100

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Tabla 04: de las 184 pacientes atendidas en la Emergencia del Centro de Salud de Chilca, la patología que ocupa el primer lugar es la preeclampsia con un 21.74%, seguida de ruptura prematura de membranas con el 10.33% y el tercer lugar lo conforman la desproporción céfalo pélvico y complicaciones del parto con un 9.78% cada uno.

Tabla 04: Momentos del proceso reproductivo en que ocurren las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017

MOMENTO DEL PROCESO REPRODUCTIVO EN QUE OCURRE LA EMERGENCIA	FECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO (edad gestacional)		
1 -13 semanas	9	4.89
14 – 27 semanas	10	5.43
28 – 36 semanas	15	8.15
37 – 40 semanas	122	66.30
41 -42 semanas	9	4.89
PUERPERAS		
Primeras 24 horas	12	6.52
1 – 10 días	6	3.26
11 - 42 día	1	0.54
TOTAL	184	100.00

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Tabla 05: la mayoría de las emergencias obstétricas 66.30%, ocurren durante el embarazo dentro de las 37 – 40 semanas y durante el puerperio solo ocurrió en el 10.42%, presentándose más dentro de las primeras 24 horas.

Tabla 05: Procedencia de las usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017

Variable	n=184	%
Origen del paciente		
Su casa	16	8.70
Establecimiento de salud	121	65.76
emergencia que ocurre en el EESS	47	25.54
Tipo de transporte usado para su traslado		
Serenazgo	17	9.24
SAMU	31	16.85
PNP	9	4.89
Auto particular	123	66.85
Ninguno	4	2.17

Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

Tabla 06: La mayoría de las emergencias atendidas 65.76% proceden de otros establecimientos de la jurisdicción, seguida de las que se complican dentro del establecimiento; para trasladarse al Centro de Salud en busca de atención, 66.85% lo hace usando auto particular, el 16.85% es trasladado por SAMU.

4.2 DISCUSIÓN

La emergencia obstétrica pone en riesgo dos vidas, la de la madre y del feto, eso le hace especial y requiere de una respuesta rápida y de calidad, para ello es importante que este servicio cuente con los recursos técnicos, materiales, equipos y humanos de acuerdo al perfil de las usuarias y de las principales emergencias que se atiende.

En la presente investigación se encontró dentro del perfil social que la mayoría (70.65%) estuvo comprendido en la edad de 20 a 34 años, edad óptima para la reproducción, sin embargo las adolescentes representaron el 14.13% y las mayores de 35 años el 15.22%, los grados de instrucción que predominó fue de nivel básico, primaria 44.02% y secundaria 50.54%, estos datos nos dan de entender que las mujeres con educación básica tienen predisposición a sufrir complicaciones en el proceso reproductivo, el 58.15% proceden de zona rural y el 41.85% de urbana, el 77.72% se encuentran en situación de conviviente; Contreras (11) encuentra un perfil similar 22% adolescentes, aunque esta cifra es ligeramente elevada al de nuestro estudio y 64% entre la edad de 20 a 34 años, encontrando en mayores o iguales de 35 años 14%, el grado de educación alcanzado por las mujeres fue básica, primaria 37% y 57% secundaria, el 61% procede de zona rural, el estado civil de conviviente representó el 54% frente a este último, Quispe "et al" (6) encuentra 80.2%. Mientras Martínez (12) al hacer un estudio de complicaciones puerperales encuentra predominio de las edades extremas procedentes del área urbano de bajo nivel escolar. En estos hallazgos podemos denotar que los problemas de las complicaciones obstétricas aún siguen siendo un problema de las mujeres con educación básica y de zona rural.

El perfil obstétrico que mostraron las usuarias es de tener de 1 (47.83%) a 2 (30.98%) embarazos incluido el actual, en cuanto al número de hijos vivos el 47,28% no tiene hijos anteriores, esto como podemos ver es concordante a la frecuencia que el motivo de la emergencia fue la complicación de su primer embarazo, el 29.89% reporta tener un hijo, esta variable no fue estudiado en

otros estudios; el perfil obstétrico, es un dato importante para hacer las guías, ya que hay patologías que se encuentran influenciados con la paridad, como las distocias de situación fetal, atonía y la hipotonía uterina.

Las diez primeras complicaciones identificadas fueron la preeclampsia 21.74%, ruptura prematura de membranas 10.33%, desproporción céfalo pélvica 9.78%, complicaciones del trabajo de parto 9.78%, abortos 8.70%, hemorragia posparto 8.15%, hemorragias del tercer trimestre 7.61%, sufrimiento fetal agudo 5.98%, amenaza de parto pretérmino 4.89%, cesareada anterior en trabajo de parto 4.35%, es interesante como las complicaciones se relación con las causas de muerte materna ya que al 2017 el perfil epidemiológico de las causas de mortalidad materna en el Perú tiene como primera causa a la preeclampsia. (4); estos datos difieren de los encontrados por Quispe “et al” (6), en el hospital de Belen en Trujillo, en el que encuentra como primera causa al shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9%; por otra parte Cardozo y “et al” (10) difiere con las anteriores ya que encuentra de la siguiente manera, 53,3 % complicaciones hemorrágicas, 30 % distocias del trabajo de parto, 13% complicaciones hipertensivas y 4%. Sepsis. Por otra parte Contreras (11), encuentra un perfil de ocurrencia de emergencias muy diferente como lo presentamos 26% trabajo de parto (a término y pre término), 23% cesareada anterior en trabajo de parto, 20% aborto incompleto, 5% pre eclampsia leve. La causa de la emergencia difiere de un nosocomio a otro, probablemente esté influenciado por el nivel y complejidad de los establecimientos de salud, y el perfil epidemiológico de cada región.

la mayoría de las emergencias obstétricas ocurren durante el embarazo dentro de las 37 – 40 semanas (66.30%) del total de las emergencias y durante el puerperio solo ocurrió en el 10.42%, presentándose más dentro de las primeras 24 horas posparto, esto nos indica que el seguimiento y monitoreo de las gestantes a término deben ser más sigiloso, para evitar las

complicaciones y las muertes maternas, estos datos son importantes para fortalecer la intervención por las obstetras en los periodos más álgidos.

A pesar de ser un Centro de Salud I – 4, las emergencias en su mayoría 65.76% proceden de otros establecimientos de salud de menor complejidad de su jurisdicción y el tipo de transporte que usan es particular 66.85%, y por SAMU solo un 16.85%, siendo este último el que debería de acudir al llamado por los pacientes, este resultado nos hace pensar que es necesario fortalecer el servicio de emergencias obstétricas por el rol que cumple en la red de establecimientos de la jurisdicción y fortalecer el sistema de referencia y contra referencia.

CONCLUSIONES

1. El perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de emergencia es edad entre 20 a 34 años, grado de instrucción básica (primaria y secundaria), más de la mitad proceden de zona rural y la mayoría son convivientes.
2. Dentro de perfil obstétrico encontramos que la mayoría tiene de 1 a 2 embarazos incluido el actual, por lo tanto, menos de la mitad tienen de 1 a 2 hijos vivos.
3. Las diez patologías que motivaron la emergencia son: Las diez primeras complicaciones identificadas se encuentran encabezada por la preeclampsia 21.74%, ruptura prematura de membranas 10.33%, desproporción céfalo pélvica 9.78%, complicaciones del trabajo de parto 9.78%, abortos 8.70%, hemorragia posparto 8.15%, hemorragias del tercer trimestre 7.61%, sufrimiento fetal agudo 5.98%, amenaza de parto pretérmino 4.89%, cesareada anterior en trabajo de parto 4.35%.
4. La mayoría de las emergencias obstétricas ocurren durante el embarazo dentro de las 37 – 40 semanas y durante el puerperio es poco y se presenta dentro de las primeras 24 horas.
5. Las emergencias que atiende en su mayoría son referidas de establecimientos de menor categoría y se trasladan en transporte particular.

RECOMENDACIONES

Al Red de Salud del Valle del Mantaro

Fortalecer el servicio de emergencias obstétricas con todos los recursos necesarios por el rol que cumple en la atención obstétrica y prevención de las muertes maternas de acuerdo al perfil de las usuarias.

Centro de Salud de Chilca:

Gestionar los recursos para el servicio de emergencias obstétricas teniendo como insumo los resultados de esta investigación.

Al personal de salud del establecimiento:

Se fortalezca en el registro adecuado de la información para su análisis

Estandarizar procesos de atención con el apoyo de las guías nacionales o regionales existentes.

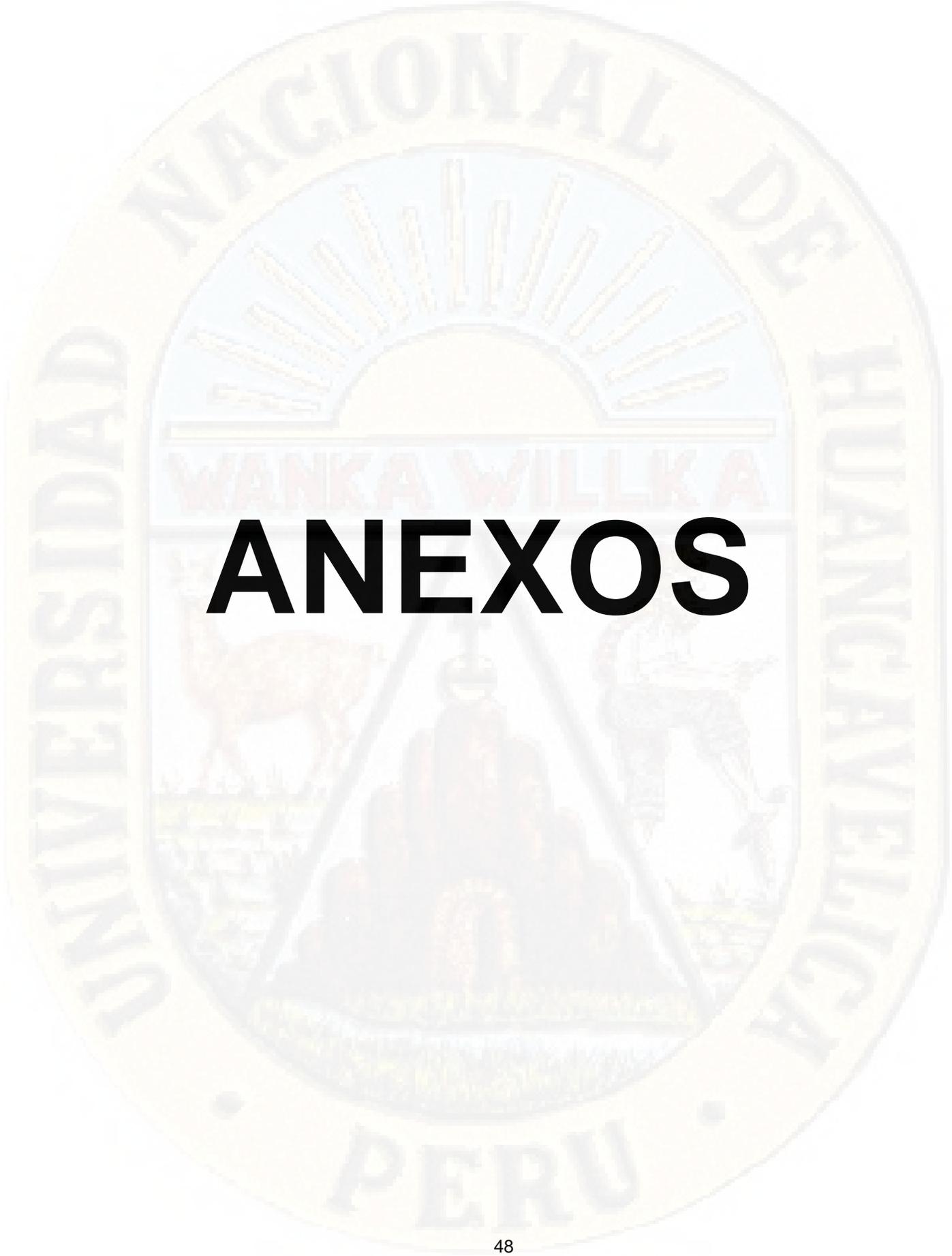
Enfatizar la vigilancia materna entre las 37 a 40 semanas de embarazo y dentro del primer día del puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mortalidad materna. Nota de Prensa. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa; 2018.
2. Diga L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Causas globales de muerte materna: un análisis sistemático de la OMS. Lancet Glob Health. 2014 junio 07 de setiembre; 2(6).
3. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 julio; 30(3).
4. Wayka.pe. Mortalidad materna en el Perú. 2017. EPIDEMIOLOGIA - MINSA 2017.
5. Mejia C, Cárdenas M, Tapia A, Torres G. Tiempo de referencia asociado a la causa de mortalidad materna. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(01).
6. Quispe DT, Oyola EE. Características Epidemiológicas y Clínicas de las Emergencias Obstétricas Atendidas en el Hospital de Belen de Trujillo, 2015 - 2017. info:eu-repo/semantics/bachelorThesi. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: T_ESC.OBST_1125.
7. García L, Ramos J, Morales I, Fuentes M, Hernandez E, García R. Emergencias y Urgencias Obstétricas en el Hospital Central Militar (I): nuestra visión y el horizonte epidemiológico. Cirugía y cirujanos. 2018; 1(1).
8. Huamaní M. Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. tesis. Lima: Universidad Privada Alas Peruanas, Repositorio Institucional; 2018.

9. Montes M. Referencias obstétricas de emergencia en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de Comas durante los meses de mayo – julio del año 2017. tesis. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Repositorio institucional; 2018.
10. Cardozo D, Joalef Y. Complicaciones obstétricas y morbilidad obstétrica en gestantes en el servicio gineco-obstetricia de un hospital en la ciudad de Lambayeque. Salud y vida Sipanense. 2015; 2(1).
11. Contreras A. Principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia Gineco Obstétrica del HRHVM Huanuco abril- setiembre 2016. Tesis. Huánuco: Universidad Privada de Huánuco, Repositorio; 2017.
12. Martínez K, Brizuela E. Martínez Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. tesis. Managua: UNAN Managua, Repositorio digital; 2015.
13. MINSA. Norma Técnica de Categorías de Establecimiento de Salud. Normativo. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2011.
14. SEGO. SEGO. Fundamentos de Obstetricia Bajo Arenas MM,M, editor. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.; 2007.
15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Técnico. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Capacitación y Docencia; 2010.
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Prácticas Clínicas para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia y eclampsia. 1st ed. Lima; 2018.

17. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo Cifuentes R, editor. Bogotá: Distribuna Editorial Médica; 2007.
18. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias. Guia Técnica. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
19. Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014.
20. Hernandez R, Fernandez P. Metodología de La Investigación - Sampieri y Fernández México: McGraw-Hill; 2010.
21. Sanchez H, Reyes C. metodología y diseño en la investigación científica. 2nd ed. Lima: Mantaro; 1996.

The seal of the National University of Huancavelica, Peru, is a circular emblem. It features a central sun with rays, a banner with the text "WANKA WILLKA", a llama on the left, a figure on a horse on the right, and a central mountain peak. The text "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA" is written around the top and sides, and "PERU" is at the bottom.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
¿Cuál es el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017?	<p>GENERAL: Determinar el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS: Identificar el perfil sociodemográfico de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca- Huancayo durante el año 2017. Perfil obstétrico de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017. Identificar las diez primeras complicaciones del embarazo y parto que presentan las gestantes que acuden a emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca - Huancayo durante el año 2017. Analizar la procedencia y el medio de transporte usado para acudir al servicio de emergencias obstétricas del Centro de salud de Chilca – Huancayo durante el año 2017. Determinar los momentos más críticos del proceso reproductivo de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del Centro de salud de Chilca – Huancayo durante el año 2017.</p>	En la presente investigación no se ve por conveniente formular una hipótesis.	VARIABLE: Perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo	<p>POBLACIÓN: Está conformado por 349 usuarias del servicio de emergencia del Centro de Salud de Chilca - Huancayo.</p> <p>MUESTRA Muestra calculada fue de 184</p> <p>MUESTREO. el muestreo aleatorio simple.</p>	<p>Descriptivo - retrospectivo</p> <p>M O1</p> <p>Donde: M: muestra O1: Observación de la variable</p>	Instrumento: ficha de revisión documental	Para el procesamiento y análisis de datos se usará la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Instrumento

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTARIO

La presente ficha, tiene por finalidad obtener información sobre el perfil de las usuarias del servicio de emergencias obstétricas del Centro de Salud de Chilca – Huancayo, durante el periodo 2017, se analizará los registros de atención y las historias clínicas de las emergencias atendidas y los registros de referencia y contra referencia. En este sentido se consignará los datos solicitados de forma fehaciente tras una revisión exhaustiva.

INSTRUCCIÓN: Revise, los registros de emergencias obstétricas y la HISTORIA CLÍNICA de las pacientes atendidas durante el año 2017, analice la información y consigne en la ficha lo solicitado.

Código de Reg. _____ N° de Historia Clínica u hoja de emergencia:

Fecha de la atención :/...../.....

1. Edad de la usuaria al momento que acude a la emergencia
 - a) ≤ de 15 años (1)
 - b) 16 a 19 años (2)
 - c) 20 a 34 años (3)
 - d) ≥ 35 años (4)

2. Nivel de instrucción
 - a) Ilustrada (1)
 - b) Primaria (2)
 - c) Secundaria (3)
 - d) Superior (4)

3. Lugar de procedencia
 - a) Rural (1)
 - b) Urbano

4. Estado civil
 - a) Soltera (1)
 - b) Casada/conviviente (2)
 - c) Separada/divorciada (4)
 - d) Viuda (5)

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

5. Semanas de embarazo (solo aplica para gestantes) _____
6. Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para puérperas)

7. Número de embarazos incluido el actual _____
8. Número de hijos vivos a la fecha de la atención _____

CARACTERÍSTICAS DE LA EMERGENCIA

9. La paciente que presenta emergencia procede de:
 - a) Su casa
 - b) Otros establecimientos
 - c) Del establecimiento mismo (sala de parto, hospitalización)
10. Transporte usado para llegar al Centro de Salud de Chilca
 - a) Serenazgo
 - b) Samu
 - c) PNP
 - d) Auto particular
11. Diagnóstico de la emergencia obstétrica (consignar tal como se encuentra en la hoja de emergencia)
D1 _____
D2 _____
12. Destino de la paciente:
 - a) Hospitalización
 - b) Referencia
 - c) Clínica

"año del dialogo y la reconciliación nacional"

SOLICITO: Autorización para ejecutar y revisar las Historias clínicas
Y el libro de emergencias obstétricas

SEÑOR DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA

DR. CESAR CAMPOSANO HILARIO

Yo, JUAN MARTINEZ TABOADA, con DNI. 06226960 de Profesión Obstetra, mediante el presente hago de su conocimiento a su digna Dirección para solicitar lo siguiente.

Que, habiendo elaborado el proyecto de tesis "PERFIL DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA- JUNIN-2017, solicito a ud. Su autorización para la aplicación de los instrumentos en el centro de salud de chilca.

POR LO EXPUESTO:

Espero su comprensión y su facilidad del caso, para la ejecución respectiva

Huancayo, 24 de setiembre del 2018


CENTRO DE SALUD CHILCA
Juan Martinez Taboada
OBSTETRA
CNP 4996



